

Por que estamos tristes se estamos grávidas?¹

Why are we sad if we are pregnant?

Miriam Pirim*

Resumo: Embora a gravidez seja uma fase repleta de mudanças positivas, é essencial reconhecer que sentimentos de tristeza e ansiedade são normais e compreensíveis. Em muitas gestantes, esses sintomas se manifestam de forma intensa, resultando em sofrimento significativo e incompatível com o funcionamento cotidiano, culminando em casos de depressão grave, que requerem tratamento psicoterapêutico e farmacológico. Ilustramos com o relato de sete casos clínicos, as diversas fontes de ansiedade e depressão na gestação.

Palavras-chave: Depressão na gestação. Ansiedade e gravidez. Suicídio na gestação. Trauma e gravidez.

Abstract: *Although pregnancy is a time full of positive changes, it is essential to recognize that feelings of sadness and anxiety are normal and understandable. In many pregnant women, these symptoms manifest themselves intensely, resulting in significant suffering that is incompatible with daily functioning, culminating in cases of severe depression, which require psychotherapeutic and pharmacological treatment. We illustrate, with the report of seven clinical cases, the different sources of anxiety and depression during pregnancy.*

Keywords: *Depression during pregnancy. Anxiety and pregnancy. Suicide during pregnancy. Trauma and pregnancy.*

1. Esse texto foi apresentado virtualmente, na Mesa de Debate do Grupo de Pesquisa “Os Primórdios da Vida Psíquica” do CPRJ, em 29/09/2023.

* Médica, Psiquiatra, Psicanalista. Maternidade Escola da UFRJ, Participante do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ).

No período de 1998 a 2000, coordenei juntamente com Ângela Rabelo, psicanalista membro efetivo do CPRJ (presente!) uma pesquisa para o Banco Mundial, na Maternidade Escola da UFRJ. Este trabalho lançou luz sobre aspectos cruciais dos atendimentos no Serviço de Pré-natal e seu impacto na construção do vínculo entre mães e bebês.

Nosso estudo teve como principal objetivo identificar e corrigir dificuldades no atendimento pré-natal, visando proporcionar cuidados adequados às gestantes para que pudessem se tornar mães suficientemente boas. Utilizamos uma metodologia abrangente, incluindo entrevistas abertas e fechadas, além de observação participante, acompanhando as gestantes desde a gravidez até o primeiro ano de vida dos bebês. Realizamos visitas domiciliares para observar a díade mãe-bebê em seu ambiente natural.

Entre os inúmeros resultados do estudo, as clientes revelaram temores significativos durante a gestação, como “morrer no parto” e “malformações dos bebês”. Contudo, duas décadas depois, observamos uma mudança preocupante: os medos de outrora foram substituídos pelo desejo de morte ou pela busca da morte como saída para situações adversas graves. Este cenário evidencia uma transformação alarmante na Clínica Pré-natal, onde a depressão se tornou uma constante.

A depressão durante a gestação é um fenômeno universal que afeta mulheres de todas as classes socioeconômicas. Diferentemente da depressão pós-parto, a depressão gestacional não é atenuada pelo nível de educação formal das mães. Um estudo longitudinal e prospectivo realizado no Reino Unido, com dados de mais de 4500 pais e seus filhos, indica que a depressão materna e paterna no pós-parto aumenta o risco de depressão nos filhos adolescentes, especialmente quando o nível educacional dos pais é mais baixo. Em termos de saúde pública, os resultados de estudos recentes indicam a necessidade de priorizar a assistência pós-parto para pais em situação de desvantagem.

Dados atuais apontam que 12% das mulheres vivenciam depressão em algum momento da gestação, enquanto 13% enfrentam ansiedade, sendo comum a coexistência de ambas as condições. O não reconhecimento dessas condições, pode acarretar diversas morbidades e até mortalidade, tanto para as mães quanto para seus bebês.

As taxas de depressão entre mulheres grávidas e não grávidas são comparáveis, porém a menor incidência reportada durante a gestação é frequente-

mente atribuída à subnotificação. Muitas mulheres, até hoje, não compartilham suas tristezas e medos com médicos ou familiares, optando por manter seus sentimentos em segredo para evitar críticas e julgamentos. Somente em uma relação de confiança com os profissionais de saúde, essas mulheres conseguem revelar seu sofrimento.

A maternidade tem sido idealizada ao longo dos séculos, criando mitos que intimidam aquelas que não se encaixam nesse ideal. Apesar dos avanços tecnológicos na medicina, as consultas médicas muitas vezes falham em abordar completamente os sintomas subjetivos, frequentemente vistos como desvalia. Além disso, sintomas comuns no início da gravidez, como cansaço, desânimo, náuseas, alterações no apetite e distúrbios do sono, podem ser facilmente confundidos com sintomas de depressão, complicando o diagnóstico e levando à negligência no tratamento.

A literatura que tradicionalmente focava na depressão pós-parto, agora apresenta um crescente corpo de dados sobre a depressão gestacional, destacando que esta é uma das principais causas da depressão pós-parto.

A prevalência da depressão materna durante a gestação é superior à observada no período pós-parto. Os sintomas são devastadores e incluem choro contínuo, diminuição da autoestima, alterações no apetite (aumento ou perda), falta de ânimo, ausência de perspectivas para o futuro, ambivalência, sentimentos de culpa pela rejeição da gravidez, distúrbios do sono (aumento do sono ou insônia), redução da capacidade de trabalho e de autocuidado, dificuldades em cuidar dos outros filhos, automutilação, ideação suicida e tentativas de suicídio. O suicídio é uma das principais causas de morte durante a gravidez.

Além desses sintomas, muitas gestantes apresentam estados de ansiedade intensa, incluindo pânico, sensação de morte iminente, fobias, distúrbios obsessivos e tocofobia (medo extremo do parto). Há também preocupações exageradas com o desenvolvimento da gestação e a saúde do bebê, o que leva algumas mulheres a solicitar múltiplas ultrassonografias ou até mesmo adquirir um sonar para monitorar os batimentos cardíacos fetais constantemente, como relatado por uma gestante acompanhada por nossa equipe.

Os sintomas de depressão impactam negativamente o autocuidado das gestantes, influenciando sua nutrição, frequência nas consultas e realização dos exames, e conseqüentemente, o desenvolvimento fetal. Isso pode resultar em fetos pequenos para a idade gestacional, baixo peso ao nascer e partos pre-

maturados. A ansiedade durante a gestação também leva a solicitações frequentes de antecipação do parto por parte das gestantes.

Como a Maternidade Escola é referência em atendimentos de alto risco, nossa clientela inclui gestantes hipertensas, diabéticas, pós-cirurgia bariátrica e mulheres com gestação gemelar. Essas condições podem se descompensar durante a gravidez, resultando em pré-eclâmpsia, eclâmpsia e, em casos graves, morte materna e/ou fetal, caso não sejam adequadamente tratadas.

O atendimento a gestantes pós-bariátricas constitui um segmento importante da clínica pré-natal contemporânea. Entre 1975 e 2016, a obesidade triplicou no Brasil e no mundo, resultando em um aumento significativo na procura pela cirurgia bariátrica, com uma proporção de 3 mulheres para cada homem submetido ao procedimento.

Constatamos também que o acesso a esse tipo de cirurgia está cada vez maior nos Serviços Públicos de Saúde. Aproximadamente 70% das mulheres que realizam essa cirurgia estão em idade reprodutiva. Após a cirurgia, as mulheres apresentam risco de desenvolver sintomas como desnutrição, anemia, ansiedade, depressão, alcoolismo e compulsão alimentar. Subjacente a esses sintomas, identificamos inúmeras questões subjetivas, destacando-se a dificuldade de reconhecimento e aceitação do novo corpo pós-bariátrico.

Durante a gravidez, a transformação corporal inerente à gestação, soma-se à condição pré-existente dessas mulheres, exacerbando possíveis desajustes psicológicos. É comum que algumas gestantes, na tentativa de mitigar sua ansiedade, privem-se da alimentação necessária, resultando em perda de peso e consequentes impactos negativos no desenvolvimento fetal.

O tratamento dessas depressões e ansiedades requer intervenção psicoterápica e, em alguns casos, prescrição de medicamentos e acompanhamento por psiquiatra.

CASOS CLÍNICOS

A seguir, apresento alguns casos clínicos de mulheres atendidas em nossa clínica, tanto no serviço público quanto no privado, para ilustrar a prevalência e a manifestação da tristeza durante a gravidez. Os nomes das clientes não são verdadeiros, como medida ética de proteção à sua privacidade.

Caso 1

Elisângela tem 42 anos, embora aparente ter muito mais idade. Fez cirurgia bariátrica há 8 anos e atualmente vive com seu filho de 12 anos, que é autista. O filho mais velho, de 17 anos, já constituiu a própria família e será pai dentro de pouco tempo, fazendo com que Elisângela se torne mãe e avó no mesmo mês. Ela sofre de compulsão alimentar anterior e posterior à cirurgia bariátrica. Conta que há um ano teve um “surto” “do nada”, foi atendida em Serviços de Emergência Médica e passou a tomar vários medicamentos psiquiátricos, ficando licenciada do trabalho. Quando soube que estava grávida, interrompeu o uso desses medicamentos. Diz que ficou desesperada com a gravidez, que é fruto de uma relação sexual eventual, com um homem com o qual não tem qualquer relacionamento, e que desconhece o fato de ela estar grávida. Elisângela apresenta excesso de ganho de peso e descontrole da glicemia, podendo estar diabética. Relata que foi muito criticada no trabalho por ter engravidado na sua idade. Apresenta crises de ansiedade com frequência, não consegue sair de casa sozinha e conta somente com a ajuda de seu filho autista. Foi internada na Maternidade para controle da glicemia e também pela ansiedade. Apresenta inúmeros sintomas físicos, como dor abdominal, falta de ar e dor pélvica. Pede insistentemente que seu parto seja antecipado, porque não suporta estar grávida.

Caso 2

Ione, de 35 anos, enfrenta um complexo quadro clínico e psicossocial marcado por hipertensão e diabetes gestacional. Sua história revela múltiplas adversidades que afetam sua saúde física e mental. Aos 20 anos, durante sua primeira gestação, Ione vivia com o marido e a sogra. Nesse período, foi induzida a assinar um documento que transferia a guarda de sua filha para o marido, situação que ela acredita ter sido uma manipulação da sogra. Sem trabalho e renda, Ione tentou recuperar a filha através do sistema judiciário, mas não teve sucesso.

Atualmente, Ione está em seu segundo relacionamento há 12 anos. Durante este período, enfrentou um aborto espontâneo e, no ano passado, um natimorto na 23ª semana de gestação. A perda foi particularmente traumática,

pois Ione não teve a oportunidade de ver o bebê e deixou o hospital à revelia para realizar o enterro.

O estado psicológico de Ione é marcado por melancolia, uma condição que ela atribui a suas dificuldades financeiras extremas, que às vezes a deixam sem recursos até para se alimentar. Ela também relata comportamentos de automutilação, uma prática que sua filha de 15 anos também adota, cortando-se frequentemente.

Durante a gestação atual, Ione tem enfrentado altos níveis de ansiedade, com crises de angústia e pânico, especialmente quando se aproxima da 23ª semana de gestação, revivendo a perda anterior. Tanto Ione quanto seu marido desejavam muito essa gestação, uma vez que anteriormente ela não se sentia plena como adulta. A casa em que viviam era da sogra, que também lhe tirou a filha.

Caso 3

Daniele, de 36 anos, ficou profundamente abalada ao descobrir sua gravidez gemelar inesperada. Mãe de quatro filhos, com idades de 16, 12, 8 e 2 anos e 10 meses, ela relata que a última coisa que desejava nesse momento era mais uma gravidez. Ao receber a notícia, ela considerou a possibilidade de abortar (se desculpa por ser católica), e tomou a pílula do dia seguinte duas vezes na tentativa de evitar essa gestação.

No entanto, a gravidez persistiu, e Daniele se viu incapaz de aceitar a situação. Ela passa os dias chorando, sem conseguir se levantar da cama, realizar suas tarefas diárias ou cuidar de seus filhos. Seu estado emocional é tão grave que ela só consegue pensar em morrer. Antes de descobrir a gravidez, Daniele estava se preparando para voltar ao trabalho, retomar seus estudos e cuidar de si mesma.

O marido de Daniele, em apoio a esses planos, decidiu realizar uma vasectomia. No entanto, devido a uma infecção na próstata, ele ficou receoso de que o procedimento pudesse causar impotência sexual. Após a melhora da infecção, o casal se sentiu aliviado, mas foi surpreendido pela gravidez gemelar. Para agravar ainda mais a situação, um dos bebês apresenta problemas de saúde, aumentando a angústia de Daniele, que teme pela vida do filho. Ela continua a chorar incessantemente, dominada pelo desespero e pela tristeza profunda.

Caso 4

Jéssica, de 34 anos, passou por uma cirurgia bariátrica seguida de duas cirurgias reparadoras. Antes desses procedimentos, já sofria de ansiedade e depressão, além de apresentar compulsão alimentar com episódios de bulimia e provocação de vômitos. Há 11 meses, Jéssica enfrentou a perda devastadora de seu único filho, de 5 anos, que faleceu após engolir uma bateria de uma espada de brinquedo. O menino começou a sentir dor e ardência no peito, mas o atendimento pelo sistema de saúde demorou. O plano de saúde disponibilizou um hospital adequado apenas a três horas do Rio de Janeiro, e, mesmo internado, o exame para retirada do corpo estranho do esôfago só foi realizado 72 horas depois.

A evolução pós-alta foi desfavorável, com o menino apresentando febre e adinamia, inicialmente diagnosticadas como gripe ou viroses, até evoluir para septicemia e síncope, culminando em seu falecimento. Exames de imagem tardios revelaram uma necrose extensa do esôfago. Embora consciente da demora no atendimento médico, Jéssica se culpa pelo ocorrido, acreditando ter falhado de alguma forma e considerando que sua própria morte seria a única solução. Paralelamente, ela processa o hospital por negligência.

Nesse contexto de luto, Jéssica não desejava engravidar, e ao descobrir que o bebê que espera é um menino, sentiu profunda tristeza, pois esperava que fosse uma menina. Ela expressa: “queria que o único menino da minha vida fosse meu filho, que perdi”. Suas crises de ansiedade são frequentes e intensas, resultando em várias internações na Maternidade Escola. Jéssica não utilizava contraceptivos há cinco anos e acreditava que não engravidaria novamente. Ela afirma que “luto não combina com gravidez, está errado”, refletindo sua dificuldade em conciliar a nova gestação com o processo de luto.

Caso 5

Marina tem 39 anos, é mãe de três filhos, de seu primeiro casamento. Ela convive com diabetes e hipertensão. Após a separação, seus filhos permaneceram com o ex-marido, uma decisão que Marina justifica com o argumento de que eles preferem o pai por ele não impor limites, permitindo-lhes fazer o que desejam. A atual gestação foi desejada e planejada em seu novo casamento. No entanto, Marina tem se sentido triste e não consegue identificar a causa de sua

tristeza. Ela experimenta sentimentos de solidão e angústia, com pensamentos frequentes sobre morrer, o que levou a várias internações na Maternidade devido à ideação suicida.

Durante os períodos de internação, Marina apresenta melhora em sua angústia e suas comorbidades são controladas. Ela expressa o desejo de permanecer internada até o fim da gravidez, temendo o retorno dos sentimentos negativos após a alta. Dada sua condição psicológica, sua idade e o fato de esta ser sua quarta gestação, foi-lhe oferecida a possibilidade de uma laqueadura tubária. No entanto, Marina mostrou-se ambivalente, receosa de se arrepender da decisão no futuro. Apesar das dificuldades financeiras, ela aprecia a ideia de uma família grande. Após o nascimento do bebê, Marina relatou uma sensação de bem-estar, afirmando que “agora não se sente mais sozinha”.

Caso 6

Sueli, de 33 anos, submeteu-se a uma cirurgia bariátrica há dois anos, resultando em uma significativa perda de peso de cerca de 60 kg. Posteriormente, desenvolveu alcoolismo. Sua aparência pálida e esquelética, além das queixas de náuseas e vômitos frequentes, comprometendo sua capacidade de se alimentar adequadamente, mesmo durante a gravidez, exigiram hospitalização imediata já na primeira consulta de pré-natal, devido a uma grave anemia e desnutrição.

Sueli é mãe de três filhas, sendo a primeira concebida quando tinha 16 anos, atualmente vivendo com o pai. A segunda filha, nascida quando Sueli tinha 18 anos, reside com ela em condições desfavoráveis, às vezes sem moradia ou acesso adequado a alimentos. A terceira filha foi entregue para adoção, uma decisão da qual Sueli se arrependeu, sendo criada pelo seu ex-companheiro, apesar de não ser o pai biológico.

A infância de Sueli foi marcada por traumas, tendo vivido em orfanatos e enfrentado diversos tipos de abuso. Sua mãe era dependente química, e seu pai faleceu de AIDS há cerca de vinte anos. A perda do pai é descrita por Sueli como a mais significativa de sua vida, pois mantinha com ele uma relação próxima.

A atual gravidez de Sueli é resultado de um relacionamento que ela esperava ser uma oportunidade para formar uma família, porém, sofreu um desamparo e o relacionamento terminou. Sente solidão e não tem um local para residir.

Anteriormente, Sueli foi internada devido a tentativas de suicídio. Atualmente, ela considera a possibilidade de doar o bebê para adoção, mas teme arrependê-la dessa decisão.

Caso 7

Clarissa, de 33 anos de idade, tem histórico de diabetes e hipertensão há dois anos. Está em sua quinta gestação, sendo esta uma gravidez não planejada e resultante de um relacionamento recentemente terminado. Sua jornada reprodutiva é marcada por experiências dolorosas, incluindo uma primeira gestação aos 17 anos, em que o feto era anencéfalo, e apesar de lhe ter sido oferecida a opção de interromper a gestação, Clarissa optou por levar até o termo, movida pela esperança de que o bebê pudesse sobreviver e dar continuidade à vida de seu parceiro falecido num acidente no início da gestação. Além disso, Clarissa é mãe de três filhos de relacionamentos anteriores, um dos quais é autista e cujo pai é ausente.

Clarissa relata sentir-se deprimida, ansiosa, com ideias recorrentes de suicídio, embora afirme não ter a intenção de concretizá-las. Seu quadro clínico é agravado pela falta de adesão ao acompanhamento pré-natal, não comparecendo às consultas médicas e não realizando os exames solicitados. Ela expressa sentimentos de vazio e desinteresse pela vida, apesar de suas responsabilidades como mãe. Sua narrativa revela um conflito interno entre o desejo de viver e a falta de motivação para fazê-lo. Clarissa diz: “os filhos não são suficientes para dar prazer na vida”. “Até posso fazer as coisas que preciso, mas não tenho alegria. “É difícil de explicar, não quero morrer, mas também não quero viver”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos clínicos relatados mostram que a gestação pode ser acompanhada por diversas fontes de ansiedade e tristeza. Em muitas gestantes, esses sintomas se manifestam de forma intensa, resultando em sofrimento significativo e incompatível com o funcionamento cotidiano, culminando em casos de depressão grave. Nessas situações, é imperativo que se ofereça um tratamento adequado, incluindo intervenções psicoterapêuticas e, quando necessário, farmacológicas.

Embora a gravidez seja uma fase repleta de mudanças positivas, é essencial reconhecer que sentimentos de tristeza e ansiedade são normais e compreensíveis. A complexidade da experiência gestacional envolve interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Compreender e validar esses sentimentos, e oferecer suporte adequado, é fundamental para a saúde mental das gestantes e para promover uma transição mais suave para a maternidade.

A gravidez é um período de transição emocional importante. As mulheres passam por uma redefinição de identidade ao se prepararem para o papel de mãe. Esse processo pode desencadear inseguranças, medos e sentimentos de inadequação. Questões latentes de autoconfiança, capacidade de cuidar do bebê e mudanças na dinâmica familiar podem emergir, aumentando o estresse emocional.

A idealização da maternidade na sociedade, e a pressão para sentir-se feliz e grata durante a gravidez, podem criar um ambiente no qual as mulheres se sentem culpadas por sentir tristeza. A expectativa cultural de que a gravidez deve ser um período de felicidade ininterrupta pode fazer com que as gestantes se sintam isoladas em seus sentimentos negativos, dificultando a busca por apoio.

Experiências passadas, incluindo traumas e perdas, podem influenciar a experiência emocional da gravidez. Mulheres que passaram por abortos espontâneos, infertilidade ou outras dificuldades reprodutivas podem ter um medo aumentado de perda, contribuindo para sentimentos de ansiedade e tristeza. Além disso, questões não resolvidas de saúde mental anteriores à gravidez podem ressurgir ou se intensificar durante este período.

Preocupações com o bem-estar do bebê, o processo de parto e as mudanças que a maternidade trará podem ser fontes significativas de ansiedade. A incerteza sobre a capacidade de equilibrar responsabilidades familiares, profissionais e pessoais também pode contribuir para sentimentos de sobrecarga e tristeza.

A presença ou ausência de uma rede de suporte adequada pode influenciar drasticamente o estado emocional da gestante. Mulheres que se sentem apoiadas por parceiros, familiares e amigos tendem a lidar melhor com os desafios emocionais da gravidez. Em contrapartida, aquelas que enfrentam isolamento ou relacionamentos conflituosos podem experimentar níveis mais altos de depressão e ansiedade.

Concluindo, depressão e ansiedade são os transtornos psíquicos mais prevalentes durante a gestação. Em países de baixa renda, a prevalência desses transtornos pode ser até duas vezes maior em comparação com países de alta renda.

Há aproximadamente 15 anos, a assistência às gestantes era caracterizada pela contenção das angústias maternas, visando facilitar o processo de gerar novas vidas. Atualmente, o enfoque mudou significativamente e exercemos um papel crucial de preservar a vida da própria gestante.

Diante de situações adversas, tanto externas quanto subjetivas, observamos uma repetição frequente das gestações, como se estas fossem inevitáveis. Esse fenômeno suscita diversas questões, tais como: essas gestações podem ser entendidas como compulsões à repetição? Seriam essas gestações uma forma de “viver para não lembrar?” Poderiam ser tentativas de elaboração de traumas? O que leva uma mulher a desejar e planejar uma gravidez, mas a considerar a desistência da própria vida durante o processo gestacional? Pulsão de vida ou pulsão de morte?

Estas questões abrem caminho para investigações aprofundadas, buscando compreender os processos psíquicos subjacentes às gestações, e o impacto dos mesmos na saúde mental das gestantes e de seus filhos.

Miriam Pirim

miriampirim@gmail.com